FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Année 1934 N° 32

Thèse présentée pour le Doctorat en Médecine

par

FAUVÉ Roger Charles

né le 13-VI-1909 à OTTANGE (Moselle)

Ancien prosecteur à l'Institut d'Anatomie

Ancien externe des Hôpitaux

Assistant au Service médical complémentaire

Contribution à l'étude du traitement de l'éclampsie

Président: Mr. REEB, Professeur

Editions Argentoratum Strasbourg

1934

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552728_0007

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

32

Année 1934 N°.....

Thèse présentée pour le Doctorat en Médecine

par

FAUVÉ Roger Charles

né le 13-VI-1909 à OTTANGE (Moselle)

Ancien prosecteur à l'Institut d'Anatomie

Ancien externe des Hôpitaux

Assistant au Service médical complémentaire

Contribution à l'étude du traitement de l'éclampsie

Président: Mr. REEB, Professeur

Editions Argentoratum Strasbourg

1934

FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

Doyen ..... MM. FORSTER ✲ ⚜ I.
Assesseur ..... I. WEILL

Professeurs

Embryologie	MM.	ANCEL ✲ ⚜ I.
Anatomie		FORSTER ✲ ⚜ I.
Histologie		BOUIN O. ✲ ⚜ I.
Physiologie		SCHAEFFER ⚜ I.
Physique biologique		VLES ✲ ⚜ I.
Chimie biologique		NICLOUX ✲ ⚜ I.
Anatomie pathologique		MASSON ✲ ⚜ I.
Pharmacologie, Médecine expérimentale		SCHWARTZ ⚜ I.
Hygiène, Bactériologie		BORREL C. ✲ ⚜ I.
Médecine légale		CHAVIGNY C. ✲ ⚜ I
Clinique médicale		MERKLEN ✲ ⚜ I.
		AMBARD ✲ ⚜ I.
Clinique chirurgicale		LERICHE ✲ ⚜ I.
		STOLZ ✲ ⚜ I.
Clinique ophtalmologique		WEILL ⚜ I.
Clinique dermatologique		PAUTRIER O. ✲ ⚜ I.
Clinique psychiatrique		PFERSDORFF ✲ ⚜ I.
Clinique neurologique		BARRE ✲ ⚜ I.
Clinique gynécologique et accouchements		REEB ⚜ I.
Clinique infantile		ROHMER ✲ ⚜ I.
Clinique oto-rhino-laryngologique		CANUYT ✲ ⚜ I.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		N.....

Professeurs sans chaire:

MM. ARON Max ⚜ I.
BELLOCQ ⚜ I.
GERY ⚜ I.
MM. FONTES ⚜ A.

Chargés de cours et Agrégés:

MM. BENOIT ⚜ A.
FONTAINE
GELMA ⚜ I.
GUNSETT ✲ ⚜
HANNS ✲ ⚜
HUMBERT ✲ ⚜ A.
KAYSER
KELLER ⚜ I.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

MM. KREIS ⚜ A.
LARROUSSE ⚜ A.
LE GUYON
REISS
SIMONIN ✲ ⚜ A.
VAUCHER ✲ ⚜
WAITZ
WEISS A. ⚜ A.
WOLF

Agrégé libre: M. SIMON ✲ ⚜ A.

Directeur de la Clinique dentaire: M. ROMEY ✲ ⚜ A.

Chargé d'un cours complémentaire: MM. MEYER M. ⚜ A., ROEDERER

Serment d'Hippocrate.

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerait jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

en faible témoignage de ma profonde reconnaissance et de mon affection filiale.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR REEB

Directeur de la Clinique Gynécologique de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR KELLER

Chargé de Cours à la Faculté de Médecine
Directeur de l'Ecole des Sages-femmes

Qui nous a inspiré le sujet de notre thèse, et dont les conseils nous furent précieux pour sa réalisation. Qu'il trouve ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR EHRET

Directeur du Service médical complémentaire

qui depuis notre entrée à son service n'a cessé de nous témoigner son intérêt bienveillant.
Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et de notre respectueux attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR NONNENMACHER

A NOS MAITRES

de la Faculté de Médecine de Strasbourg

INTRODUCTION

Nous nous proposons dans ce travail de passer en revue les différents modes de traitement de l'éclampsie puerpérale.

Nous diviserons notre travail en 3 chapitres.

Dans un premier chapitre nous étudierons le traitement de l'éclampsie avérée (éclampsie convulsive classique).

Nous envisagerons successivement dans ce premier chapitre :

1) le traitement médical de l'éclampsie.

2) le traitement obstétrical.

3) le traitement chirurgical.

Dans un second chapitre nous étudierons le traitement du syndrôme pré-éclamptique.

Enfin dans un troisième chapitre nous donnerons le résumé de tous les cas d'éclampsie et de pré-éclampsie traités à l'Ecole des Sages-femmes de Strasbourg dans ces dix dernières années.

PREMIER CHAPITRE

TRAITEMENT DE L'ECLAMPSIE AVEREE
(en particulier par le Pernocton)

I

A) Traitement médical de l'éclampsie

I) *Soins élémentaires.*

Il existe un certain nombre de soins élémentaires qu'il faut donner à une malade atteinte d'éclampsie et l'on ne saurait trop insister pour qu'ils soient appliqués à la lettre.

Tout d'abord une éclamptique n'est pas une malade à soigner à domicile, aussi chaque fois que cela sera possible est-il préférable de l'adresser dans un service hospitalier.

La malade sera placée dans une chambre seule, dans l'obscurité, et loin de tous les bruits .L'on fera coucher la malade sur le dos et l'on n'omettra pas de faire enclore les parties latérales du lit.

La malade devra être sous surveillance constante, l'on ne saurait trop le répéter.

Il est recommandé d'éviter tout contact et tout refroidissement. Pour éviter les morsures de langue on lui mettra un baillon dans la bouche.

Enfin — recommandation très importante — pendant toute la phase convulsive on laissera la femme à la diète hydrique absolue : on lui fera boire 300 grammes d'eau lactosée toutes les trois heures ; après la phase convulsive on aura soin de laisser la femme au régime lacté pendant quelques jours, puis au régime lacto-frugo-végétarien strict et déchloruré jusqu'à ce que l'albuminurie ait totalement disparu.

II) *Médications antitoxiques.*

Comme l'éclampsie semble bien être une intoxication gravidique, la thérapeutique antitoxique a été préconisée par nombre d'auteurs.

Elle consiste :

dans la saignée
dans la ponction lombaire
dans l'évacuation gastro-intestinale
dans l'activation de la diurèse.

1) *La saignée.*

La saignée après avoir été considérée comme une méthode de choix, tomba dans un discrédit absolu, elle ne reprit sa place dans le traitement de l'éclampsie qu'avec Macé et Chérier.

La saignée, pour être de quelque utilité, doit être profuse, c'est-à-dire qu'elle doit osciller autour de 500 à 600 grammes. A cette condition elle agit favorablement en soustrayant une certaine quantité de poison à l'organisme, en abaissant la tension artérielle et en favorisant la diurèse.

2) *La ponction lombaire.*

On a remarqué qu'au cours de l'éclampsie le liquide céphalo-rachidien était le plus souvent hypertendu (500 à 600 mmc. au lieu de 120 normalement) ; aussi certains auteurs comme Helme et Kroenig ont-ils conseillé de retirer 25 à 40 cc. de liquide céphalo-rachidien selon l'hypertension constatée.

Cette méthode ne nous paraît pas avoir donné de bons résultats thérapeutiques ; tout au plus lui accorderons-nous une valeur pronostique : en effet une hypertension marquée du liquide céphalo-rachidien traduit un œdème cérébral et comporte un pronostic grave, de même que la présence de sang dans le liquide céphalo-rachidien indique une hémorragie des centres nerveux et implique un pronostic à peu près toujours fatal.

3) *L'évacuation gastro-intestinale.*

Ardemment soutenue par l'école lyonnaise qui pensait que le point de départ des toxines était gastro-intestinal, elle consiste en lavages d'estomac avec de l'eau légèrement alcalinisée et en lavements purgatifs au sulfate de soude.

Nous pensons que la purgation seule peut être de quelque utilité.

4) *Activation de la diurèse.*

On a préconisé dans le but d'activer la diurèse les bains chauds à 38°, mais leur emploi est rendu difficile

du fait de l'agitation de la femme atteinte d'éclampsie.

Les frictions et les scarifications lombaires peuvent être utiles.

Enfin l'on recommande l'emploi des diurétiques habituels : théobromine, chlorure de calcium, sérum glucosé hypertonique.

III) *Médications calmantes*

Ces médications calmantes tendent à placer le système nerveux central dans un état de torpeur qui le rend insensible à l'excitation qui déclenche la crise convulsive. Nous étudierons successivement :

1) le chloroforme
2) le sulfate de magnésium
3) le chloral associé à la morphine
4) le somnifène
5) le Pernocton.

1) *Chloroforme.*

Introduit dans le traitement de l'éclampsie par Richet en 1848. A l'heure actuelle l'anesthésie chloroformique n'est plus qu'un moyen d'attente ou d'urgence permettant de parer aux dangers des crises convulsives subintrantes et immédiatement menaçantes ; car, si le chloroforme est un anesthésique puissant et rapide, il n'en constitue pas moins pour la malade un véritable danger : en effet la sédation des crises convulsives exige une action prolongée, aussi les quantités énormes de chloroforme qu'il faudrait administrer lèseraient à coup sûr gravement le foie, les reins et le cœur de la malade.

2) *Sulfate de magnésium.*

En 1886 Curci mit en évidence l'action anesthésiante du sulfate de magnésie sur le système nerveux central. En 1905 Meltzer et Auer administrèrent ce médicament à des éclamptiques, depuis, des essais se sont multipliés et plus particulièrement en Italie.

Natale, de Milan, pense que ce sel agit sur le système nerveux central en l'inbibant ; sur le cœur grâce à un ralentissement dy rythme, à un allongement de la diastole et à un abaissement de l'excitabilité électrique ; sur les vaisseaux grâce à un abaissement de la tension artérielle.

On administre le sulfate de magnésie par voie intraveineuse ou par voie intra-musculaire, les autres voies intra-rachidiennes et hypodermiques devant être abandonnées. Le taux choisi pour la solution a été de 10% pour les injections intra-veineuses et de 25% pour les intramusculaires. En moyenne on fait trois injections en laissant deux heures d'intervalle entre chacune d'elles.

Natale publie une série de 26 cas traités par le sulfate de magnésium : il a constaté, dès la première injection, la diminution ou la cessation des crises convulsives, l'abaissement de la tension artérielle, la réduction des œdèmes ,la disparition du coma. Il n'a eu aucun accident et il n'eut à constater ni ralentissement du travail, ni augmentation des altérations parenchymateuses des organes internes.

3) *Chloral-morphine*

Stroganoff a associé l'hydrate de chloral à la morphine et a publié cette méthode en 1900 ; comme elle a

été un peu remaniée par Zweifel, elle est connue sous le nom de méthode de Stroganoff-Zweifel.

Cette méthode a été jusque dans ces dernières années le traitement médical de choix de l'éclampsie, et l'on peut dire qu'elle a été employée sur une très grande échelle en Russie, en Allemagne, dans les Pays scandinaves et en Amérique.

Dans cette méthode on commence par faire une saignée d'environ 500 grammes ; ensuite on donne la morphine en injections hypodermiques et l'hydrate de chloral en lavements alternativement suivant le rythme indiqué ci-dessous :

Inj. hyp. 0,01 à 0,015 morphine
1 heures après : 1,5 à 2,0 gr. chloral en lavement
3 heures après : inj. hyp. de 0,015 morphine
7 heures après : 2,0 gr. chloral en lavement
13 heures après : — id. —
21 heures après : — id. —

On recommence ce traitement si cela est nécessaire 24 heures après. Enfin il est recommandé de faire faire une inhalation d'oxygène après chaque accès.

Le chloral que l'on administre en lavement se prescrit de la façon suivante :

Hydrate de chloral	2 gr.
Lait	120 gr.
Jaune d'œuf	N° I

le lait devant empêcher l'action irritante du chloral sur l'intestin, et le jaune d'œuf servant à rendre le lavement plus consistant.

Dans la pratique on peut faire cette préparation soi-même en ayant une solution mère contenant 10 gr. d'hydrate de chloral pour 100 gr. d'eau : une cuillère à en-

tremets de cette solution contient 1 gr. d'hydrate de chloral.

En moyenne, on administre 6 à 8 gr. de chloral et 0,03 de morphine par vingt-quatre heures ; mais suivant la gravité de la maladie et suivant la fréquence et l'intensité des accès on peut administrer jusqu'à 10 et même 15 gr. de chloral par vingt-quatre heures et jusqu'à 0,06 à 0,08 de morphine.

Cette méthode quand elle est appliquée à la lettre a donné d'excellents résultats : c'est ainsi
que Sam. Clason sur 125 cas traités à la Maternité de Stockholm de 1920 à 1927, par la méthode de Stroganoff-Zweifel a eu une mortalité maternelle de 5,5%
que Okintschitz sur 511 cas traités par la même méthode a eu une mortalité maternelle de 6,8%
que le Docteur Keller sur 30 cas traités à l'Ecole des Sages-femmes de Strasbourg, a eu une mortalité maternelle de 6,6%.
enfin que Stroganoff lui-même sur 717 cas traités a eu une mortalité maternelle de 2%.

4) *Somnifène.*

Après les anesthésiques et les analgésiques on utilisa dans le traitement de l'éclampsie les hypnotiques. C'est l'école d'Alger qui utilisa en premier le somnifène, qui est un Dialcoyl-barbiturate de diéthylamine.

Le Dr Larribère, élève du Professeur Laffont d'Alger, a traité une dizaine de cas d'éclampsie avec ce produit et cela sans inconvénient aucun, ni pour la mère, ni pour l'enfant.

Le somnifène est livré en ampoules de 2 cc. pour injections endoveineuses, la dose à injecter varie de 3 cc.

à 5 cc. pour une femme de corpulence normale et l'auteur rapporte que dans la plupart des cas une seule injection est suffisante : en effet, neuf fois sur dix les crises convulsives ont été arrêtées instantanément, souvent même au cours de l'injection. Le premier sommeil a été en moyenne de six heures et au bout de ce laps de temps les malades se rendorment d'un sommeil tranquille qui se prolonge habituellement vingt-quatre heures. Les fœtus ne semblent pas avoir été incommodés par le somnifène et tous ceux qui étaient vivants ont survécu.

Le Dr. Blottière, de Bordeaux, rapporte plusieurs observations d'éclamptiques traitées avec succès par le somnifène.

5) *Pernocton.*

A l'étranger on utilise depuis 1927 un nouvel hypnotique, le Pernocton, pour déterminer un sommeil crépusculaire au moment de la délivrance et arriver ainsi à réaliser l'accouchement sans douleurs. Ce produit fut introduit dans la thérapeutique de l'éclampsie par Gœcke et Vogt.

Le Pernocton, qui a été étudié par un élève du Docteur Keller dans son travail inaugural, est un dérivé bromé de l'acide barbiturique ; il est livré dans le commerce en ampoules de 2,5cc. et de 5 cc. injectables soit par voie intraveineuse, soit par voie intramusculaire.

Dans l'accouchement ordinaire la dose moyenne habituelle utilisée est de 1 cc. intraveineux par 12,5 kgs de poids. Cette dose qui correspond de 5 à 6 cc. chez une femme pesant en moyenne 60 kgs, suffit à déter-

miner un sommeil crépusculaire d'une durée moyenne de deux à trois heures.

Dans le traitement de l'éclampsie cette dose doit être renouvelée car il faut prolonger le sommeil crépusculaire si l'on veut éviter l'éclosion de nouveaux accès convulsifs : l'on commencera donc par injecter par voie endo-veineuse une dose correspondant à 1 cc. par 12,5 kgs. de poids, si après quelques heures la femme se réveille on répètera cette première injection. Si ces deux injections intra-veineuses ne devaient pas suffire l'on pourra ou bien injecter dans les veines la moitié de la dose initiale à une ou deux reprises, ou bien injecter dans les muscles la moitié de la dose initiale toutes les deux à trois heures.

Il est recommandé de pousser l'injection très lentement, à raison de 1 cc. par minute et comme chez l'éclamptique la moindre excitation peut déclencher une crise convulsive il est préférable d'endormir la femme avec une bouffée de chlorure d'éthyle ou d'éther ou de chloroforme pendant tout le temps que doit durer l'injection.

Ordinairement l'on voit les femmes s'endormir pendant l'injection et habituellement les crises convulsives sont coupées soit par la première, soit par la deuxième injection.

Si l'on a soin de prendre les précautions signalées plus haut l'on constate que la toxicité du produit est nulle.

Le Pernocton possède un grand avantage sur tous les calmants utilisés jusqu'à ce jour : en effet, il renforce la contraction utérine et assouplit les tissus, de telle sorte

que la période de dilatation se trouve être raccourcie et que la période d'expulsion est accélérée.

Avec cette méthode point n'est besoin de recourir à la saignée de telle sorte que les hémorragies de la délivrance ne sont plus à redouter.

Voyons un peu les résultats obtenus avec le Pernocton par les différents auteurs :

Gœcke a signalé 34 cas d'éclampsie traités avec succès par le Pernocton et dans tous les cas les crises éclamptiques ont cessé après la première injection. L'auteur préconise la méthode suivante : une fois le travail terminé il complète le traitement par un Stroganoff (chloral-morphine et saignée) ; nous pensons qu'il n'est peut-être pas sans danger pour la mère d'accumuler dans son organisme ces différents produits.

Vogt a publié onze cas traités avec d'excellents résultats.

Kobes a traité trois cas d'éclampsie du post-partum avec succès.

Schwannen a eu des résultats des plus encourageants dans neuf cas.

Nous verrons dans le troisième chapitre les résultats qu'ont obtenu avec cette méthode le Docteur Keller et ses élèves à l'Ecole des Sages-femmes de Strasbourg.

IV) *Médications diverses.*

a) *Les hypotenseurs.*

Veratrum viride en injections hypodermiques.
Trinitrine
Nitrine d'amyle
Nitrites alcalins
Iodure de potassium (5 à 6 gr. en inj. intram.)

b) *Les anti-asphyxiants.*

Inhalations d'oxygène (cf. méthode de Stroganoff).

c) *Les anti-spasmodiques.*

Aconit

Hyoscine

d) *Les diaphorétiques.*

Pilocarpine (en déterminant une sudation et une salivation exagérées elle ferait baisser la tension artérielle).

e) *Les médicaments opothérapiques.*

Dans ces dernières années on a voulu expliquer la pathogénie de l'éclampsie par une atteinte de tout le système endocrinien. C'est ainsi que : Aschner, Carloni et Ferrari ont attribué l'éclampsie à une insuffisance ovarienne.

Lange l'a attribué à une insuffisance thyroïdienne.

Malméjac et Vassale à une insuffisance parathyroïdienne, l'éclampsie s'accompagnant en effet d'hypocalcémie et d'hyperguanidinémie.

Par ailleurs Vaquez et Chirié l'expliquent par un hyperfonctionnement des glandes surrénales.

Küstner par un hyperfonctionnement du lobe postérieur de l'hypophyse et par une insuffisance thyroïdienne.

Küstner a vu en effet que l'hormone post-hypophysaire était augmenté en cas d'éclampsie, ce qui a été confirmé par les recherches de Anselmino et Hoffmann. En effet, l'on sait que la post-hypophyse renferme une substance qui arrête la diurèse en agissant sur l'hydro-

philie des tissus et sur le rein et que cette même substance exerce une action hypertensive en agissant sur les capillaires du système splanchnique : or, précisément l'éclampsie est caractérisée par deux sortes de troubles, l'anomalie du métabolisme hydrique et l'hypertension.

En outre l'on sait que l'hypophysine s'est montrée dans quelques cas capable de déclencher des accès éclamptiques.

Hoffmann, Anselmino et Fauvet insistèrent sur le fait que la morphine agit de façon quasi spécifique en inhibant l'hypophyse : or, la morphine est un des meilleurs médicaments de l'éclampsie.

En partant donc de cette idée que l'éclampsie était due à un hyperfonctionnement du lobe postérieur de l'hypophyse et à une insuffisance thyro-parathyroïdienne, l'on préconisa l'emploi de la thyroxine, et des extraits para-tyroïdiens dans le traitement de l'éclampsie.

Extraits thyroïdiens.

La thyroxine, administrée à la dose de 1 milligramme par litre de sang circulant, a donné à Küstner des résultats très satisfaisants dans 48 cas d'éclampsie. Dans 26 cas cet auteur a vu après administration de thyroxine, la cessation des crises avec une régression importante des œdèmes par élimination d'eau et la baisse de la tension artérielle. Dans 22 cas de pré-éclampsie traités par la thyroxine, les résultats furent encore bien meilleurs, l'auteur n'ayant eu à relever que deux échecs.

Enfin il ne semble pas que la thyroxine ait eu d'influence nocive ni sur la mère ni sur l'enfant.

Extraits para-thyroïdiens (Calcium et Rayons U.V.)

Lopez rapporte plusieurs observations d'éclampsie à qui il injecta quelques unités d'extraits para-thyroïdiens : quelques temps après l'injection les crises convulsives cessèrent, la diurèse devint abondante et la tension artérielle baissa notablement.

L'école napolitaine eut l'idée de préconiser le calcium dans le traitement de l'éclampsie, le calcium étant l'antidote de la guanidine, et l'éclampsie s'accompagnant d'hypocalcémie et d'hyperguanidinémie. Les auteurs italiens utilisent de préférence le gluconate de chaux (calcium Sandoz) par voie intra-veineuse, intra-musculaire et hypodermique à la dose moyenne de 10 gr.

Bernardi, Spirito, Capellani, Santoro, Piccoli ont publié une centaine de cas d'éclampsie traités par le calcium avec des résultats très encourageants. Ces auteurs préconisent en outre comme thérapeutique adjuvante l'emploi des rayons ultra-violets.

B) *Traitement obstétrical de l'éclampsie.*

1) *Pendant la grossesse.*

Nous sommes d'avis qu'il faut laisser passer l'orage et qu'à cette période il est parfaitement inutile de recourir à l'évacuation de l'utérus, étant donné que l'on voit des femmes qui, éclamptiques pendant la grossesse, accouchent ultérieurement tout à fait normalement.

2) *Pendant le travail.*

Une fois le travail commencé, nous pensons qu'il peut être utile de hâter l'accouchement et comme les procédés employés varient suivant que la dilatation est complète ou non, nous les étudierons séparément :

a) *A dilatation incomplète.*

1) *Rupture active des membranes.*

2) *Médication ocytocyque.*

Dans l'hormone post-hypophysaire, Kramm et ses élèves ont distingué deux substances : l'orasthine qui est le principe actif sur l'utérus ; la tonéphine qui est le principe actif sur la circulation (hypertenseur) sur la diurèse (antidiurétique) et sur l'intestin (excitant du péristaltisme intestinal).

Il nous paraît préférable de rejeter l'hormone post-hypophysaire totale et de ne se servir que de l'orasthine, et cela pour éviter l'effet hypertensif du à la tonéphine.

Comme autre médication ocytocyque signalons la dernière venue : la Thymophysine qui est une combinaison d'extrait thymique et de lobe postérieur d'hypophyse (cette dernière s'y trouvant en quantité relativement faible) et qui peut être utilisée sans danger, si l'on en croit Schey de Budapest.

3) *Métreuryse.*

On se sert du ballon de Champetier de Ribes ; c'est un procédé qui a l'inconvénient d'être trop lent, de déterminer une tétanisation de l'utérus qui est déjà hyperexcitable du fait de l'éclampsie, et de prédisposer à l'infection.

4) *Dilatation du col.*

a) Dilatation artificielle, manuelle de Bonnaire

Très mauvaise méthode.

b) Dilatation métallique avec le dilatateur de Bossi.

L'éclatement du col obtenu avec cet instrument expose à la rétraction cervicale pendant l'extraction et expose à de graves complications telles que déchirures, hémorragies et infection.

c) Evacuation extemporanée sous rachianesthésie (Delmas).

Dans un premier temps l'on procède à la rachianesthésie, l'auteur recommande de prélever 5 cc. de liquide céphalo-rachidien, de les mélanger à une ampoule contenant 0,10 gr. de scurocaïne en poudre pour solution extemporanée et d'injecter le mélange sans hésitation ni violence dans l'espace sous-arachnoïdien.

Dans un second temps l'on procède à la libre pratique utérine et voici comment le Professeur Delmas dé-

crit cette manœuvre : « Introduite en cône, d'un seul coup, dans le vagin, qu'elle remplit, la main droite pour réaliser l'étape digitale, vrille son index dans le col jusqu'à ce que, si le trajet a encore quelque longueur, la pénétration soit réalisée dans le segment inférieur sur lequel il s'applique après la flexion de la deuxième et troisième phalange sur la première, Dès lors, sans violence, mais par un mouvement persévérant de balançoire, ces deux phalanges font du massage excentrique de la coupe cervico-segmentaire, jusqu'à ce que l'orifice en soit assoupli au point d'admettre le médius à côté de l'index puis, à son tour, l'annulaire. Peu à peu les résistances cèdent, à la manière, a-t-on dit, d'une pâte de guimauve, sous la seule continuité du contact, et sans violence, le petit doigt est introduit à côté des précédents. Après un temps d'arrêt qui exige parfois le changement de main au cours de la dilatation, étape manuelle : la main tout entière, en cône, avec ses articulations méta-carpo-phalangiennes, passe dans l'orifice utérin. Le poing est maintenant manœuvré dans le canal cervico-segmentaire par des mouvements de va-et-vient transversaux, rappelant ceux d'une clef dans une serrure, ce qui permet bientôt son passage alternatif de l'utérus dans le vagin un certain nombre de fois jusqu'à ce que tout ressaut ait disparu. La dilatation est alors complète et le contenu de l'utérus peut être évacué : tel est l'objet du troisième temps.»

5) *Incisions du col.*

Cette technique prédispose à la rupture du segment inférieur avec toutes ses conséquences et doit être rejetée.

b) *A dilatation complète.*

A cette période l'on pourra terminer l'accouchement soit par un forceps (détroit supérieur, détroit moyen, détroit inférieur) ou encore par une version si elle est indiquée, soit grâce aux médicaments ocytocyques énumérés plus haut.

C) *Traitement chirurgical de l'éclampsie.*

Nous ne ferons que signaler :

la Décapsulation rénale

la Néphrotomie

l'Amputation mammaire

qui sont toutes trois complètement abandonnées aujourd'hui. Nous nous occuperons exclusivement de la césarienne vaginale de Dührssen et de la césarienne abdominale basse.

1) *Césarienne vaginale de Dührssen.*

Certains opérateurs, redoutant les dangers d'une intervention abdominale chez une femme qu'il y a intérêt à accoucher assez rapidement, ont imaginé de faire par voie vaginale une brèche suffisante à l'utérus pour permettre l'extraction du fœtus par cette voie.

La technique opératoire est la suivante : décollement du cul-de-sac vaginal antérieur, section de la paroi utérine antérieure, décollement de la paroi postérieure du vagin et incision de la paroi utérine postérieure, extraction du fœtus, suture de l'utérus.

Cette opération est facile, peu shokante et elle respecte le péritoine.

Toutefois il est préférable de ne pratiquer la césarienne vaginale que chez des multipares à accouchements antérieurs normaux, et quand le fœtus est mort ou non viable ou peu volumineux, quoiqu'elle ait été employée avec succès chez des primipares avec enfant vivant à terme.

Avec la césarienne vaginale Winter de Kœnigsberg a obtenu une mortalité maternelle de1,5 % et une mortalité fœtale de 7 à 10%.

2) *Césarienne abdominale basse.*

Cette méthode fut préconisée en France par les Professeurs Schickelé et Brindeau. a technique opératoire employée est celle de la césarienne basse transpéritonéale — procédé de Krönig-Beck : incision verticale de la paroi abdominale, incision transversale du péritoine viscéral, décollement du péritoine qui recouvre le segment inférieur, section verticale du segment inférieur, extraction du fœtus et du placenta, suture de la plaie au catgut, rabattement du lambeau péritonéal au-dessus de la plaie utérine, fermeture de la plaie sans draînage.

Le procédé de Krönig-Beck a d'ailleurs été avantageusement remplacé par la méthode de Dœrfler qui consiste à extérioriser temporairement l'utérus, à faire l'incision transversale du segment inférieur et à réaliser les sutures en dehors de la cavité abdominale ; en effet, grâce à cette technique, les risques d'infection sont bien moindres.

Par cette méthode la cicatrisation de l'incision utérine est faite par «restitutio ad integrum » et comme cette cicatrice est élastique il n'y a pas à craindre que dans les gestations suivantes elle ne vienne à se rompre et il est alors possible que l'accouchement ait lieu par voies naturelles. Enfin les adhérences séreuses sont exceptionnelles et les interventions itératives sont possibles.

D'après Brindeau la mortalité maternelle est de 2 à 4% et la mortalité fœtale de 5 % ; pour Winter la mortalité maternelle est de 2,3% si l'on ne tient compte que de la mortalité opératoire.

La mortalité maternelle a été de 8,4% pour Stœckel, de 9 0/0 pour Ed. Martin, de 22 0/0 pour

Davis, de 30 0/0 pour Howard H. Kane, enfin de 42,7 0/0 pour Weilz.

Le Professeur Llames-Massini de Buenos-Ayres, partisan convaincu de l'intervention chirurgicale, affirme que la suppression de l'accouchement par l'opération césarienne précoce dans l'éclampsie des derniers mois de la gestation avec fœtus vivant, est le traitement qui donne le plus de sécurité pour la vie de la mère et pour la vie de l'enfant. En France cette façon de voir est partagée par le Professeur Brindeau et ses élèves.

Nous sommes de l'avis de Bar, Commandeur et Couvelaire, pour qui l'indication de l'interruption de la grossesse est basée uniquement sur l'échec du traitement médical. En effet, c'est seulement la progession des accidents qui peut nous amener à vider l'utérus : c'est-à-dire que si les crises se répètent ou se rapprochent, si la période de coma tend à se prolonger, si la température s'élève ou se maintient élevé, si la quantité d'urine reste faible ou tend à diminuer en même temps que la quantité d'albumine augmente — en un mot si l'inefficacité du traitement médical est démontrée — il n'y a rien à perdre à tenter l'évacuation de l'utérus.

L'analyse critique des diverses statistiques concernant l'évacuation de l'utérus par section césarienne montre que l'efficacité du traitement chirurgical apparaît surtout lorsqu'il est institué dès les tout premiers accès et pratiquement il est rare que l'intervention puisse se pratiquer à ce stade. Quant aux résultats de ce traitement appliqué tardivement ils se montrent nettement inférieurs à ceux que l'on obtient par le traitement médical, car des lésions irrémédiables du foie, des reins, du cerveau, peuvent s'être constituées, et l'on conçoit qu'elles ne puissent être jugulées par une thérapeutique locale.

DEUXIEME CHAPITRE

TRAITEMENT DU SYNDROME PRE-ECLAMPTIQUE

Ce traitement qui constitue le traitement prophylactique de l'éclampsie est d'une importance primordiale, en effet s'il est bien conduit, il pourra éviter l'éclosion des accès convulsifs.

Toute femme en état dè gestation doit être soumise à une surveillance médicale très sévère ou devra suivre assidûment les consultations prénatales qui ont déjà rendu d'éminents services.

Le médecin chargé d'examiner une parturiente devra analyser systématiquement les urines, la tension artérielle et le poids, et cela selon le rythme suivant :

1 fois par mois pendant les 5 premiers mois

2 fois par mois pendant les 6e et 7e mois

Tous les 8 jours pendant les derniers mois.

Deux éventualités peuvent se produire : ou bien la femme présente une albuminurie (simple ou avec œdèmes), ou bien elle fait de l'éclampsisme.

1) *Dans l'albuminurie (simple ou avec œdèmes)*

On instituera le régime sans sel, lequel comporte la suppression du sel de cuisine, du lait, de la viande

et des œufs, ainsi que du pain ordinaire. Comme boisson on ne permettra que les infusions et les eaux minérales acidulées.

Ce régime sans sel, ainsi que l'ont prouvé le Professeur Reeb et son élève, le Docteur Léon Israël, constitue une nouvelle arme thérapeutique en obstétrique permettant de rendre l'accouchement moins long et moins douloureux.

Ces auteurs expliquent d'une part la diminution de la douleur du travail par une excitabilité moindre des centres nerveux, d'autre part ils estiment que le raccourcissement de la durée de l'accouchement et sa régularisation par le régime sans sel, sont liés à une diminution de l'eau des tissus : pour eux l'utérus d'une femme non hydrémiée se contracte mieux et plus régulièrement que celui d'une œdémateuse, d'où travail plus rapide.

3) *Dans l'éclampsisme.*

On isolera la femme dans une chambre chaude et on la maintiendra au lit.

On désintoxiquera son organisme en prescrivant des purgatifs drastiques et en évacuant l'intestin par de grands lavements.

Dans ce cas la diète hydrique sera absolue ; on ne permettra qu'un demi-litre d'eau lactosée par vingt-quatre heures et cela pendant deux à trois jours ; les quatrième et cinquième jours on tolérera un demi-litre de crème de gruau sans sel ; à partir du sixième jour, on mettra la femme au régime sans sel, sans albumines et sans graisses. Il sera bon de leur faire ingérer beaucoup de légumes, beaucoup de sucre et des fruits ; comme boissons on leur permettra les tisanes et les eaux minérales acidulées.

C'est à cette période que l'on pourra tenter la médication opothérapique (thyroxine, extraits para-thyroïdiens, sels de chaux, rayons ultra-violets).

On luttera contre l'hyper-excitabilité nerveuse par des lavements de choral administré à la dose de 2 gr. dans 100 gr. de lait, traitement qu'on répètera quatre à six fois si cela est nécessaire.

TROISIEME CHAPITRE

HISTOIRES CLINIQUES ET COMMENTAIRES

Notre Maître, le Docteur Keller, Directeur de l'Ecole des Sages-femmes de Strasbourg, a bien voulu mettre à notre disposition tous les cas d'éclampsie et de pré-éclampsie soignés dans son service pendant ces dix dernières années.

Nous avons ainsi pu recueillir les observations de cinquante cas d'éclampsie, dont trente ont été traités par la méthode de Stroganoff, et vingt par le Pernocton.

Méthode de Stroganoff.

Parmi les trente cas soignés par cette méthode nous avons vingt cas d'éclampsie ante-partum, sept cas d'éclampsie du post-partum et trois prééclampsies .

Parmi les vingt cas d'éclampsie ante-partum on termina trois fois l'accouchement par l'application d'un forceps. (Obs. II-IV-XIII).

Les doses de morphine par vingt-quatre heures ont été :

Huit fois de 0,01
Six fois de 0,02
Dix fois de 0,03
Six fois de 0,04

Les doses de chloral par vingt-quatre heures ont été :

Deux fois de 0
Trois fois de 2,0 gr.
Six fois de 4,0 gr.
Sept fois de 6,0 gr.
Deux fois de 8,0 gr.

Sur trente cas les crises convulsives ont cessé après l'application du Stroganoff dix-sept fois, elles ne se sont reproduites que treize fois et cela dans les proportions suivantes : 1 crise dans 3 cas, 2 crises dans 4 cas, 3 crises dans 2 cas, 5 crises dans 2 cas, 10 crises dans 1 cas, 15 crises dans 1 cas.

Voici le résultat détaillé de la mortalité maternelle et fœtale obtenu avec la méthode de Stroganoff-Zweifel : (Par éclampsie ante-partum nous entendons tous les cas antérieurs à l'expulsion fœtale) :

Eclampsie Ante-partum : 20 observations

Mortalité maternelle : 2 cas sur 20 10%
(Cas 17 et 20)

Mortalité fœtale : 11 cas sur 20 55%
Cas 1-5-6-9-11-13-14-17-18-19-20)

Eclampsie Post-partum : 7 observations.

Mortalité maternelle : 0%
Mortalité fœtale : 3 cas sur 7 45%
(Cas 24-25-26)

Prééclampsie : 3 observations.

Mortalité maternelle : 0%

Mortalité fœtale : 2 cas sur 3 70%

(Cas 29-30)

Au total :

Mortalité maternelle : 2 cas sur 30 6,6%
Mortalité fœtale : 16 cas sur 30 52%

Etant donné le nombre limité de cas l'on ne devra tenir compte que des statistiques globales.

Traitement au Pernocton.

Parmi les vingt cas traités par le Pernocton nous avons seize cas d'éclampsie ante-partum et quatre cas d'éclampsie du post-partum.

Parmi les seize cas ante-partum on termina cinq fois l'accouchement par l'application d'un forceps.

Les doses totales de Pernocton employées furent : dans les éclampsies ante-partum :

8 fois 4,5 cc. à 6 cc. (1 I.V.)
5 fois 8 à 10 cc. (2 à 3 I.V.)
3 fois 14 cc. (3 à 4 I.V.)

en outre à 7 reprises on fit 1 à 2 injections intra-musculaires de 2 cc. de Pernocton.

dans les éclampsies du post-partum :

1 fois 4 cc. intra-veineux
3 fois 2,5 à 4 cc. intra-musculaire.

La durée du sommeil fut dans trois cas de 1 heure, dans deux cas de 2 heures, dans six cas de 4 h. 1/2,

dans cinq cas de 6 heures, dans deux cas de 11 heures, dans deux cas de 15 heures.

Sur vingt cas les crises furent coupées par la première injection 14 fois. Elles se reproduisirent 1 fois dans 2 cas, 2 fois dans 3 cas, 19 fois dans 1 cas.

Voici le résultat détaillé de la mortalité maternelle et fœtale obtenu par le traitement au Pernocton : A remarquer que parmi nos 20 observations il y a 2 grossesses gemellaires.

Eclampsie Ante-partum : 16 cas

Mortalité maternelle :	1 cas sur 16	6%
Mortalité fœtale :	5 cas sur 22	25%

Eclampsie Post-partum : 4 cas

Mortalité maternelle :		0%
Mortalité fœtale :		0%

Au total :

Mortalité maternelle :	1 cas sur 20	5%
	(Cas 16. gross. gemellaire)	
Mortalité fœtale :	5 cas sur 22	25%
	(Cas 4-5-8-11-20)	

De tout ceci il résulte que le Pernocton semble être un excellent médicament de l'éclampsie et nous pensons que les résultats obtenus jusqu'à présent sont des plus encourageants.

METHODE DE STROGANOFF

ECLAMPSIE ANTE-PARTUM

Observation I, N 523, 1923:

Multipare de 43 ans, 7 accouchements antérieurs sans particularités. Adressée le 14.5.23 au service pour éclampsie. A fait trois crises à domicile.

A son entrée femme subcomateuse, T. A. 140/85. Albumine 1 0/00. Cylindres hyalins et granuleux + + œdèmes très marqués.

Examen obstétrical: col fermé, orifice externe perméable à un doigt; poche intacte, tête mobile.

Traitement: saignée 500 gr. Morphine 0,01. Diète hydrique.

Deux jours après un examen stéthacoustique révèle que les bruits du cœur fœtaux sont abolis. T. A. 135/90, Albumine 1/2 0/00. Diurèse 350 cm³. Régime lacté.

Huit jours après son entrée au service, la femme expulse un fœtus en état de macération avancée.

La femme n'a plus refait de crises éclamptiques. Bon état général. Diurèse 2 l. par jour. T. A. 130/85. Urines s. p. Guérison.

Observation II, N° 537, 1923:

Primipare de 24 ans, à terme, fait sa première crise éclamptique le 4.6.23 à 6 heures du matin. Elle entre au service à midi. La femme est en plein coma éclamptique. T.A. 150/80. Albumines 2 0/00. Cylindres granuleux + +. Œdèmes des membres inférieurs assez prononcés.

Examen obstétrical: col effacé, dilatation presque complète, poche intacte.

Traitement: saignée 350 cm³. Morphine 0,01 par le médecin en ville.

A 14 heures: chloral 2 gr. en lavement. Rupture active des membranes.

A 14 h. 30 on retire l'enfant par un forceps au détroit inférieur.

Pendant l'application du forceps la femme a fait deux crises convulsives.

A 15 heures: chloral 2 gr.

A 17 heures: morphine 0,02 gr.

A 18 h. 45: chloral 2 gr.

A 21 heures: sérum glucosé en goutte à goutte rectal.

Le lendemain femme lucide. Urine 1350 cm. Albumine 1/4 0/00. Sédiment s. p. T. A. 130/80.

La femme quitte le service cinq jours après, complètement guérie. Enfant bien portant.

Observation III, N° 624, 1923.

Primipare de 28 ans. Grossesse au 9e mois, a fait son premier accès éclamptique le 28.6.23. Arrive le même jour au service à demi-consciente. œdèmes considérables des membres inférieurs ,anurie. T. A. 135/110. Urines: albumine 5 0/00. Cylindres granuleux et hyalins + +.

Examen obstétrical: col fermé orifice externe perméable, poche intacte, tête mobile.

Traitement:

A 19 heures: saignée 350 cm. Morphine 0,01 gr.

A 21 heures: chloral 2 gr.

A 24 heures: chloral 2 gr.

Le 29.6 à 3 heures: morphine 0,01 gr.

A 6 heures: chloral 2 gr.

A 8 heures: malade lucide. On recueille par sondage 600 cm. d'urine.

Le 30.6: Assez bon état général. Diurèse 1 litre. T. A. 170/110.

Le 5.7: rayons ultra-violets de 12 minutes de durée, fractionnés pour les 2 jambes, le thorax et les bras.

Le 7.7.: La femme expulse un enfant à terme, bien portant.

Le 17.7: Bon état général. Diurèse excellente. T. A. 135/90. Urine s. p. Guérison.

Observation IV, N° 974, 1924:

Primipare de 21 ans, à terme. Arrive le 23.8.24 à minuit en état d'éclampsie. T. A. 140/70. Albumine 14 0/00. Cylindres hyalins et granuleux + + œdèmes très marquées aux 2 jambes.

Examen obstétrical: col effacé, dilatation complète, tête au détroit supérieur.

Traitement:

A 0 h. 30: saignée 250 cm. Morphine 0,02. On termine l'accouchement par un forceps au détroit inférieur.

A 1 heure: Chloral 2 gr.

A 7 heures: chloral 2 gr.

Bon état général. Diurèse 2 1.400. T. A. 125/90. Albumine 1/4 0/00. Régime sans sel. guérison. Enfant bien portant.

Observation V, N° 108, 1925:

Primipare de 25 ans, enceinte au 8e mois, arrive le 25.1.25 au service avec une albuminurie de 2 0/00 et une tension de 205/135. Le lendemain à 22 heures elle fait une crise éclamptique qui dure 10 minutes.

Traitement: saignée 250 gr. Morphine 0,01. Chloral 2 gr, lavement de bile.

Le lendemain elle expulse un enfant macéré de 8 mois.

Pas de nouvelles crises. T. A. 150/90. Albumine (+). Sédiment s. p. Guérison.

Observation VI, N° 251, 1926:

Primipare de 31 ans, enceinte de 7 mois arrive au service le 14.2.26 après avoir fait 2 crises éclamptiques à domicile. T. A. 170/90. Albumine 11 0/00. Cylindres granuleux + + œdèmes molléculaires.

Traitement: à 8 heures: saignée 300 cm. Morphine 0,01. Chloral 2 gr.

A 11 heures: lavement de bile. Morphine 0,01.

A 15 heures: chloral 2 gr.

A 21 heures: chloral 2 gr.

A 24 heures: Morphine 0,01.

Le 15.2.26 à 3 heures: chloral 2 gr.

A 21 heures: chloral 2 gr.

Le 16.2.26 bon état général, la femme n'a plus fait de crises, ne sent plus les mouvements de l'enfant. On n'entend plus les bruits du cœur fœtal. T. A. 165/110. Alb. (+). Sédiment s. p.

Le 26.2 elle expulse un enfant de 7 mois en état de macération avancée. Suites bonnes. Guérison.

Observation VII, N° 1.022, 1926:

Multipare de 44 ans enceinte de 9 mois a fait 4 crises à domicile. Arrive au service le 20.3.26 à midi. T. A. 190/130. Albumine 7 0/000. Cylindres granuleux + +. Coma complet. Œdèmes remontant jusqu'au tronc.

Examen obstétrical: col effacé, dilatation petite paume, poche intacte tête mobile.

Traitement:

A 12 heures: saignée 350 cm. Morphine 0,02.

A 15 heures: chloral 2 gr.

A 16 h. 30: morphine 0,01.

A 18 h. 30: chloral 2 gr.

A 18 h. 50: elle expulse un enfant bien portant.

A 20 heures: morphine 0,01.

A 23 heures. chloral 2 gr.

Le 21.3. la femme a passé une nuit agitée. Lucide T.A. 180/95. Alb. 1 0/00. Pas de cylindres. Régime lacté, théobromine 3 X 0,50.

Suites bonnes, guérison.

Observation VIII N° 1.173, 1926:

Primipare de 30 ans à terme. Arrive le 27.9.26 après avoir fait deux crises à domicile. T. A. 210/130. Alb. 8 0/00. Cylindres granuleux + +. Œdèmes assez peu marqués.

Examen obstétrical: Col de 2 cm. fermé, poche intacte, tête mobile.

Traitement:

A 6 heures: saignée 300 gr. Morphine 0,01.

A 8 heures: chloral 2 gr.

A 11 heures: morphine 0,01.

A 17 heures: T. A. 205/125. Saignée 400 gr. Chloral 2 gr.

A 18 heures: morphine 0,01.

Le 28.9.26 à midi, elle accouche spontanément d'un enfant bien portant.

Le 30.9.26, bon état général. Diurèse bonne. T. A. 170/100. Alb. 5 0/00.

Le 2.10.26, excellent état général. T. A. 145/95. Alb. 1/2 0/00.

Suites bonnes, guérison.

Observation IX, N° 869, 1927:

Primipare de 25 ans, enceinte au 8° mois. A fait 5 crises éclamptiques à domicile, arrive le 5.8.27 au service. Femme lucide. T. A. 210/120. Alb. 15 0/00. Cylindres granuleux et hyalins + +. Irès forts œdèmes, oligurie.

Traitement: saignée 500 cm. Morphine 0,01. Chloral 2 gr. Les crises ne se répètent pas.

Le 6.8, on ne perçoit plus les bruits du cœur fœtal.

Le 7.8. la femme accouche d'un enfant en état de macération avancée.

Le 10.8. excellent état général. Bonne diurèse. Albumine (+). T. A. 130/80.

Suites bonnes, guérison.

Observation X, N°1.060, 1927:

Multipare de 28 ans, à terme, en état pré-éclamptique depuis 3 jours. Arrive au service le 28.9.27. T. A. 210/100. Alb. 5 0/00. Cylindres granuleux et cireux. + +

Traitement: Saignée 400 cm. Morphine 0,01. Chloral 2 gr.

Une heure après son arrivée accouchement normal.

Le 29.9. T. A. 140/85. Alb. 1/2 0/00. Pas de cylindres. Suites bonnes, guérison, enfant bien portant.

Observation XI, N° 1.061, 1927.

Primipare de 17 ans, enceinte au 7e mois, arrive en coma complet à l'hôpital le 28.9.27. T. A. 180/110. Alb. 5 0/00. Cylindres gran. + +. Œdèmes malléolaires.

Examen obstétrical: col fermé 1/2 cm. de haut, tête mobile, poche rompue.

Traitement:

A 10 heures: saignée 350 cc.

A 13 heures: morphine 0,01.

A 14 heures: chloral 2 gr.

A 15 heures: morphine 0,01.

A 16 h. 30: chloral 2 gr.

A 17 h. 30: morphine 0,01.

La femme expulse un fœtus mort le lendemain à 2 heures du matin.

A 9 heures la femme est toujours dans le coma. T. A. 135/85. Alb. 5 0/00. Chloral 2 gr.

A 11 heures. chloral 2 gr.

A 13 heures: chloral 2 gr.

Le surlendemain matin la femme est complètement lucide, diurèse bonne. T. A. normale. Albuminurie et cylindrurie en régression.

Le 4.10.27 la femme quitte le service guérie.

Observation XII, N° 1.222, 1928:

Primipare de 20 ans, à terme. Arrive au service le 8.10.28 à 5 h. du matin en état subcomateux. T. A. 200/100. Alb. 2 0/00. Cylindres granuleux et hyalins. + +. Œdèmes malléolaires nets.

Examen obstétrical: col ouvert, dilatation complète, poche rompue.

Traitement: saignée 350 cc. Morphine 0,01.

A 6 heures accouche d'un enfant bien portant.

La femme ne fait plus de crises, le lendemain elle a une bonne diurèse. T. A. 175/100. 5 jours après elle quitte le service en bon état. T. A. 145/80. Urines s. p. Guérison.

Observation XIII, N° 501, 1929:

Multipare de 26 ans, à terme. Arrive au service le 12.4.29 dans un état comateux. T. A. 180/85. Alb. 5 0/00. Cylindres granuleux + +. Peu d'œdèmes.

Examen obstétrical: col effacé, orifice externe perméable à un doigt, tête au détroit supérieur, poche intacte.

Traitement: saignée 500 cc. La femme reçoit 0,03 de morphine et 4 gr. de chloral et comme à 7 heures du matin les bruits du cœur fœtal deviennent mauvais on termine l'accouchement par un forceps. L'enfant est en état d'asphyxie et meurt quelques heures après.

De suite après l'accouchement la tension artérielle est tombée à 105/60. L'albuminurie régresse et la diurèse se fait bien.

Dix jours après la femme quitte le service guérie.

Observation XIV, N° 946, 1929:

Primipare de 31 ans, à terme. Arrive au service le 8.7.29 en plein coma. A son arrivée elle fait une nouvelle crise éclamptique. T. A. 160/100. Alb. 2 0/00. Cylindres granuleux + +. Œdèmes peu prononcés.

Examen obstétrical: col effacé, dilatation complète, poche intacte, siège décomplété.

Traitement: Rupture active de la poche des eaux. Saignée 350 cc. Morphine 0,01.

A 10 h. 30 on procède sous narcose à l'extraction d'un enfant mort-né.

Comme la femme menace de faire de nouvelles crises, on lui administre à deux reprises 0,01 de morphine et deux lavements de 2 gr. de chloral.

Le lendemain malade lucide. T. A. 145/90. Alb. 1/2 0/00.

Le surlendemain la femme fait une psychose puerpérale, elle doit être transférée à la clinique psychiatrique.

Elle en ressort 15 jours après complètement guérie.

Observation XV, N° 989, 1929:

Primipare de 24 ans, enceinte au 9° mois, arrive au service le 8.7.29, à 2 heures du matin.

Elle a fait 2 crises à domicile. T. A. 160/110. Alb. 10 0/00. Cylindres granuleux + +. Urée 0,33. Réserve alcaline 46. Très forts œdèmes.

Examen obstétrical: orifice externe perméable au doigt, tête amorcée, poche intacte, pas de douleurs.

Traitement: Saignée 350 cc. Morphine au total 0,03. Chloral au total 6 gr.

La femme ne fait plus de nouvelles crises et le 16.7 elle accouche normalement d'un enfant vivant, bien portant.

Le lendemain de l'accouchement T. A. 130/80. Alb. 3/4 0/00. Suites bonnes, guérison.

Observation XVI, N° 506, 1930:

Primigeste 24 ans, enceinte au 8e mois, fait 2 crises à domicile est adressée au service le 21.2.30. T.A. 160/100. Alb. 2 0/00. Cylindres granuleux + +

Traitement: saignée 300 gr. Morphine au total 0,03. Chloral au total 4 gr.

Diète hydrique puis régime sans sel et le 8.4.30 elle accouche normalement d'un enfant vivant, bien portant.

Le lendemain de l'accouchement la femme est en excellent état général, T. A. 120/80. Urines s. p. Guérison.

Observation XVII, N° 526, 1930:

Primipare de 25 ans, enceinte au 8e mois, arrive au service le 11.4.30, à 14 heures. Elle a fait 3 crises à domicile et se trouve dans un coma complet. Respiration stertoreuse, forme grave. T. A. 220/140. Alb. 1 0/00. Cylindres hyalins et granuleux + +. Urée 0,42. Œdèmes considérables.

La femme fait coup sur coup 15 crises très violentes.

Traitement: saignée 500 gr. Morphine 0,04. Chloral 4 gr. Exitus le lendemain à 2 heures du matin.

Observation XVIII, N° 730, 1930:

Primipare de 21 ans, à terme arrive au service le 20.5.30 après avoir fait 3 crises à domicile. T. A. 150/120. Alb. 4 0/00. Cylindres gran. + +. Peu d'œdèmes.

Examen obstétrical: col fermé, tête au détroit supérieur, poche intacte.

Traitement: rupture active des membranes. Saignée 500 cc. Au total elle reçoit 0,04 de morphine et 6 gr. de chloral.

On est obligé de procéder à une perforation de la tête première sous anesthésie générale au chloroforme.

2 jours après on ne trouve plus d'albumine dans les urines. T. A. 140/100. Diurèse excellente. Guérison.

Observation XIX, N° 73, 1931:

Primipare de 24 ans, enceinte au 8e mois, arive au service le 12.1.31 après avoir fait 5 crises à domicile.

La femme se trouve être dans un coma complet. T, A. 190/130. Alb. 15 0/00. Cylindres granuleux + +. Urée 0,67. Œdèmes considérables.

Examen obstétrical: col fermé 2 cm. Pas de contractions.

Traitement: saignée 300 cc. Morphine au total 0,04. Chloral 6 gr. Vers 18 heures les contractions utérines apparaissent et le lendemain matin à 3 heures, la femme expulse un fœtus mort-né.

Le lendemain matin la femme est très lucide. Alb. 4 0/00. T. A. 160/110. On lui fait du sérum glucosé en goutte à goutte rectal.

Trois jours après la femme quitte le service avec une T. A. de 130/90 et des urines s. p. Guérison.

Observation XX, N° 348, 1931:

Primigeste de 21 ans, enceinte au 6e mois. Arrive le 26.2.31 à la clinique en plein coma. A fait 10 crises convulsives à la maison. T. A. 180/130. Alb. 12 0/00. Cylindres granuleux + +. Urée 0,48. R. A. 42. Très fortes œdèmes.

Examen obstétrical: col perméable pour 2 doigts, pas de bruits du cœur fœtal, contractions utérines très espacées.

Traitement: Saignée 400 cc. Morphine au total 0,04. Chloral 6 gr.

Le lendemain à 8 heures du matin elle expulse spontanément un enfant mort non macéré. Deux heures après exitus.

ECLAMPSIES DU POST-PARTUM

Observation XXI, N° 863, 1922:

Primipare de 16 ans ayant accouché normalement au dehors le 26.10.22 et de suite après l'expulsion du placenta a fait un accès convulsif éclamptique.

Arrive au service le même jour, subcomateuse, œdèmes malléolaires. T. A. 150/110. Alb. 3 0/00. Cyl. gran. + +.

Traitement: Saignée 350 cc.

Morphine, au total 0,03.
Chloral au total 4 gr.

La malade est soumise à la diète hydrique, puis au régime déchloruré, elle quitte le service 8 jours après, complètement guérie. Enfant b. p.

Observation XXII, N° 211, 1923:

Primipare de 19 ans, ayant accouché normalement au-dehors le 17.3.23. 4 heures après la délivrance se déclare le premier accès convulsif. Arrive au service le même jour en plein coma. T. A. 180/140. Alb. 2 0/00. Cyl. gran. + +. Très forts œdèmes.

Traitement: Saignée 500 cc.

Morphine, au total 0,05.
Chloral, au total 8 gr.

Régime déchloruré, théobromine 3 x 0,50.

La malade quitte le service le 2.4 avec une T. A. de 110/70. Urines s. p. Guérison, enfant bien portant.

Observation XXIII, N° 886, 1926:

Multipare de 22 ans, ayant accouché au dehors le 18.3. à 6 heures du matin. 3 heures après se déclarent les accès convulsifs.

Arrive au service vers 10 heures, tout à fait lucide. T. A. 160/100. Alb. 4 0/00. Cyl. Gran. + +. Œèmes accentués des membres inférieurs.

Traitement: Saignée 450 cc.
Morphine, au total 0,03.
Chloral, au total 4 gr.

Diète hydrique, puis régime sans sel.

Huit jours après la femme quitte le service, avec une T. A. de 120/80. et des traces d'albumine dans les urines. Guérison. Enfant bien portant.

Observation XXIV, N 1.520, 1926:

Primipare de 33 ans, ayant accouché normalement au dehors le 31.12.26, 10 heures après l'accouchement se déclare le premier accès convulsif. A son entrée au service, la femme est subcomateuse présente une T.A. de 210/130. Alb. 2 0/00. Cyl. gran. + +. Œdèmes Malléolaires

Traitement: Saignée 400 cc.
Morphine, au total 0,03.
Chloral au total 4 gr.

Diète hydrique, régime sans sel.

8 jours après la femme quitte le service avec une T. A. de 140/90 et des traces d'albumine dans les urines. Guérison. Enfant mort 3 jours après l'accouchement.

Observation XXV, N°1.378, 1928:

Primipare de 25 ans, accouchement normal à domicile le 10. 11. 28. A fait 2 crises éclamptiques 1 heure après la délivrance. Arrive au service le même jour dans un état subcomateux. T. A. 180/100. Alb. 3 0/00. Cyl. gran. + +. Œdèmes malléolaires.

Traitement: Saignée 400 cc.
Morphine au total 0,02.
Chloral au total 6 gr.

Diète hydrique, régime sans sel.

3 jours après débâcle urinaire. T. A. 145/80, Alb. traces. 10 jours après la femme quitte le service. T. A. 120/75 Urines s. p. Guérison, enfant mort 5 jours après l'accouchement.

Observation XXVI, N° 1.383, 1929:

Primigeste de 22 ans, arrive au service le 5.10.29, accouche normalement le lendemain. 2 heures après l'accouchement se déclare la première crise éclamptique. La femme tombe dans un coma profond et fait de l'anurie. T. A. 160/100. Alb. 2 0/00. Cyl. gran. + +

Traitement: Saignée 500 gr.
Morphine, au total 0,03
Chloral, au total 6 gr.

Le lendemain matin la femme se réveille complètement lucide, à une diurèse de 500 gr. les œdèmes ont complètement disparu.

10 jours après la femme quitte le service avec une T. A. de 120/70. Urines s. p. Guérison. Enfant mort 2 jours après l'accouchement.

Observation XXVII, N° 1.672, 1930.

Primipare de 20 ans, ayant accouché normalement à domicile le 27.9.30, à 3 heures du matin.

6 heures après elle fait une crise convulsive éclamptique. Nous est adressée au service le même jour. Cas bénin, œdèmes peu prononcés. T. A. 170/120. Alb. 1 0/00. Cyl. gran. +.

Traitement: Saignée 300 gr.
Morphine, au total 0,02.
Chloral, au total 4 gr.

Le lendemain diurèse excellente. T. A. 130/80. Alb. 1/4 0/00. Femme complètement lucide.

Suites excellentes, guérison. Enfant bien portant.

PRE-ECLAMPSIE

Observation XXVIII, N° 807, 1923:

Primipare de 17 ans, à terme, arrive au service le 25.8.23 avec des œdèmes très prononcés des membres inférieurs T. A. 160/120. Alb. 2 0/00. Cyl. gran. +.

Traitement: Saignée 500 cc.
Morphine 0,02.
Chloral 3 gr.

3 jours après accouchement normal, enfant vivant.

Régime sans sel.

10 jours après la femme quitte le service avec une T. A. de 130/110. Urines s. p. excellent état général. Enfant bien portant.

Observation XXIX, N° 390, 1924:

Primipare de 24 ans, arrive au service le 26.3.24 avec un syndrôme pré-éclamptique, œdèmes malléolaires assez prononcés. T. A. 190/120. Alb. 2 0/00. Cyl. gran. +.

Traitement: Saignée 300 gr.
Morphine 0,04.
Chloral 3 gr.

10 jours après la femme expulse un enfant macéré du 8e mois.

De suite après l'accouchement T. A. 145-115. Alb. traces. 2 jours après T. A. et urines s. p. Guérison.

Observation XXX, N° 507:

Multipare de 44 ans, à terme, arrive au service le 29.4.24 avec des œdèmes des membres inférieurs très prononcés, une T. A. de 215/145. Alb. 13 0/00. Cyl. Gran. + +.

Traitement: Saignée 300 gr. Morphine 0,02. Chloral 2 gr. 4 jours après, accouchement normal, enfant mort-né.

Régime sans sel. 15 jours après son entrée au service T. A. 135/95. Alb. traces. Guérison.

TRAITEMENT AU PERNOCTON

Observation, I, N° 843, 1931:

Primipare de 23 ans, à terme, arrive au service le 30.5.31 à 16 heures en plein travail. T. A. 220/100. Alb. 5 0/00.

La femme se trouve être dans un état pré-éclamptique, œdèmes des membres inférieurs marqués, oligurie.

Accouchement normal d'un enfant vivant, bien portant, à 18 heures.

5 minutes après l'accouchement elle fait sa première crise éclamptique.

Traitement: Injection intraveineuse de 5 cc. de Pernocton à 18 h. 15.

Sommeil calme et tranquille jusqu'à 6 heures du matin. A ce moment la T. A. est de 160/90, l'albuminurie de 3 0/0, la diurèse bonne. La femme n'a plus fait de nouvelles crises. Guérison. Enfant bien portant.

Observation II, N 981-1931:

Primipare de 24 ans, ayant accouché au dehors le 23.6.31 et de suite après l'accouchement elle a fait 5 crises éclamptiques, à intervalles très rapprochés.

A son admission la femme se trouve être dans un état subcomateux. T. A. 170/120. Alb. 9 0/00. Cylindres granuleux + + Urée 0 24, R. A. 47. Œdèmes des membres inférieurs assez considérables. Anurie.

Traitement: injection intraveineuse de 5 cc.. de Pernocton.

La femme se trouve dans un sommeil crépusculaire pendant 12 heures. A son réveil on lui injecte 4 cc. de Pernocton dans les muscles. Elle dort encore 8 heures.

La femme ne fait plus de nouvelles crises.

Le 24.6 la T. A. est de 150/100, l'albuminurie de 6 0/00. Suites excellentes. Guérison. Enfant bien portant.

Observation III, N 1.434, 1931:

Primipare de 21 ans, enceinte de 7 mois, arrive au service le 13.9.31, après avoir fait 3 crises à domicile dans un état subcomateux. T. A. 180/90. Alb. 8 0/00. Cylindres granuleux + +. Urée 0,21. Œdèmes des membres inférieurs excessivement marqués.

Examen obstétrical: col 2 cm, dilatation à 2 doigts, tête amorcée. Contractions utérines tous les quarts d'heure.

Traitement: injection intraveineuse de 6 cc. de Pernocton à 11 heures du matin.

La femme dort jusqu'à 16 heures. A ce moment on lui injecte 2 cc. de Pernocton dans les muscles. Elle passe une nuit relativement calme et le lendemain matin un nouvel examen obstétrical révèle une dilatation à 5 francs, une tête amorcée et à l'auscultation on perçoit mal les bruits du cœur fœtal. On rompt la poche des eaux, on injecte 1/3 de cc. d'orasthine.

A 9 h. 30 on injecte encore 3,5 cc. de Pernocton intraveineux.

A 10 h. 30 elle expulse un fœtus endormi qu'on ranime au bout de quelques minutes par un bain et par de la lobeline.

De suite après l'accouchement la T. A. est de 200/130, l'albuminurie de 8 0/00, la réserve alcaline de 30, l'azotémie de 0,60.

La femme ne fait plus de nouvelles crises.

Le lendemain T. A. 135/95. Albumine 6 0/00. Diurèse 600 gr.

Le 16.9.31 la tension est la même, l'albumine de 2 0/00, l'urée 0,21 diurèse de 1.000 gr.

Le 23.9.31, la femme quitte le service, guérie. Enfant vivant bien portant.

Observation IV, N° 1481, 1931:

Primipare de 24 ans, enceinte de 8 mois, arrive au service le 21.9.31, à 3 heures du matin. Elle a fait 3 crises à domicile, T. A. 160/120. Albumine 15 0/00. Cylindres granuleux + +. Réserve alcaline 37. Urée 0,24. Œdèmes considérables remontant jusqu'au tronc.

Examen obstétrical: col 2 cm. Orifice externe perméable pour 1 doigt. tête mobile, poche intacte.

Traitement: A 3 h. 30 injection intraveineuse de 4, 5 cc. de Pernocton.

La femme dort jusqu'au soir à 18 heures. A ce moment un examen gynécologique montre que le col est mince et effacé, dilatation à 1 doigt, poche rompue, tête fixée. D'autre part les bruits du cœur fœtal ne sont plus perceptibles et les douleurs sont très espacées. On injecte à ce moment 1/3 de cc. d'orasthine.

A 19 h. 40 expulsion spontanée d'un enfant mort-né.

Le lendemain de l'accouchement la T.A. est de 140/90, l'albumine de 3 0/00. Cylindres granuleux +. Diurèse 500 gr.

Le 29.5.31, T. A. 120/70, l'albumine (+) sédiment s. p. bonne diurèse, guérison.

Observation V, N° 1.765, 1931:

Multipare de 24 ans, à terme. Arrive au service le 17.11.31 à 19 heures, après avoir fait 4 crises convulsives à la maison. T. A. 220/140. Alb. 7 0/00. Cylindres granuleux + +, œdèmes malléolaires.

Examen obstétrical: orifice externe fermé, tête mobile, poche intacte. Assez bonnes contractions.

Traitement: à 19 h. 30 injection intraveineuse de 4,5 cc. de Pernocton.

La femme dort jusqu'au lendemain matin à 1 heure et de suite après son réveil elle fait une nouvelle crise convulsive. On fait une nouvelle injection intraveineuse de 2 cc. de Pernocton; elle dort jusqu'à 10 h. 30. A ce moment comme elle menace de faire une nouvelle crise on injecte dans les veines 2 cc. de Pernocton et on rompt les membranes.Un examen gynécologique révèle une dilatation à 2 doigts. On hâte la dilatation en injectant à 2 reprises 1/2 cc. d'orasthine.

A 22 h. 45 la femme expulse un fœtus mort-né.

Le lendemain matin la T. A. est de 175/125, l'albumine de 5 0/00, l'urée 0,45, réserve alcaline 32, diurèse 500 gr.

Le 21.11. la T. A. est de 150/100, alb. 2 0/00, diurèse 1000 gr.

Au cours de la journée se déclare une psychose gravidique qui nécessite son transfert à la clinique psychiâtrique.

Observation VI, N° 1.868, 1931:

Primipare de 30 ans à, terme. Arrive au service le 9.12.31 en plein coma, T. A. 180/190. Alb. 8 0/00. Cylindres granuleux + +. Forts œdèmes aux chevilles.

Examen obstétrical: col effacé, dilatation grande paume de main, tête fixée, poche rompue.

Traitement: A 11 heures; injection intraveineuse de 6 cc. de Pernocton.

Comme l'accouchement n'avance pas on retire l'enfant par un forceps au détroit moyen à 13 heures.

La femme dort jusqu'à 19 heures et somnole jusqu'au lendemain matin. A ce moment T.A. 160/95. Alb. 2 0/00. Urée 0,45. R.A. 50.

On soumet la femme à une diète hydrique et on lui injecte 2 ampoules de théobryl

La femme quitte le service le 15.12.31 avec une T.A. de 140/80 et des urines s. p. Guérison. Enfant bien portant.

Observation VII, N° 1.966, 1931:

Multipare ayant accouché au dehors le 26.12.31 à 1 heure du matin. Arrive au service à 15 heures en plein coma après avoir fait 4 crises à domicile. T. A. 175/120. Alb. 10 0/00. Cylindres granuleux + +. Urée 0,48 R.A. 51.

Traitement: à 16 heures injection intraveineuse de 5 cc. de Pernocton.

La femme dort jusqu'à 20 heures, passe une nuit un peu agitée mais ne présente pas de nouvelles crises. Le lendemain matin elle est complètement lucide. T. A. 160/100. Alb. 4 0/00. Cylindres granuleux +. Diurèse 500 gr.

La femme quitte le service le 4.1.32 avec une T. A. de 125/90, pas d'alb. et pas de cylindres dans les urines. Guérison, enfant bien portant.

Observation VIII, N°1.036, 1932:

Primipare de 20 ans, à terme, fait 3 crises à domicile et arrive au service le 5.6.32 à 18 heures. T. A. 150/90. Alb. 10 0/00. Cylindres gran. + +, œdèmes très accentués.

Examen obstétrical: col 2 cm. orifice externe ouvert, orifice interne fermé, poche intacte, tête légèrement amorcée, contractions espacées bruits du cœur fœtal bons.

Traitement: A 18 h. 30 injection intraveineuse de 5 cc. de Pernocton.

La femme dort bien toute la nuit. Le lendemain matin à 8 heures on rompt les membranes.

A 11 h. 45 on injecte 4,5 cc. de Pernocton dans les veines et à 13 heures la femme accouche spontanément. Enfant vivant.

Le lendemain la femme fait à nouveau une petite crise éclamptique vers 11 heures du matin. On procède à une nouvelle injection intraveineuse de 4,5 cc. de Pernocton.

Comme à 14 heures elle menace de faire une nouvelle crise on lui injecte 2 cc. de Pernocton dans les muscles. Idem à 18 heures.

La femme passe une bonne nuit, elle ne refait plus de nouvelles crises. Le 9.6.32 T.A. 135/90. Alb. 1 0/00. Cylindres granuleux +.

Le 10.6.32 la femme est très agitée et délire. Elle fait une psychose puerpérale à forme catatonique. Transférée en psychiâtrie.

L'enfant meurt quelques jours après à la clinique infantile.

Observation IX, N° 1.254, 1932:

Multipare de 23 ans ayant accouché au dehors le 12.12.32. 7 heures après l'accouchement elle fait une crise éclamptique et tombe dans un coma profond.

A ce moment elle entre au service et à son arrivée elle fait une seconde crise. T. A. 190/100. Alb. 12 0/00. Cylindres granuleux + +. Gros œdèmes.

Traitement: Injection intraveineuse de 5 cc. de Pernocton.

4 heures après comme la femme se réveille on procède à une injection intra-musculaire de 3 cc. de Pernocton.

La femme ne fait plus de nouvelles crises, passe une nuit excellente et le lendemain matin à son réveil elle est complètement lucide. T. A. 160/100. Alb. 8 0/00.

Le 22.12, T. A. 130/80. Urines s. p., bonne diurèse, guérison. Enfant b. p.

Observation X, N° 1.371, 1932:

Primipare de 24 ans, à terme. Arrive au service le 31.8.32 à 4 heures du matin, après avoir fait 3 crises à domicile.

La femme est en plein coma. T. A. 200/110. Alb. 10 0/00. Cyl. gran. et hyalins + +, œdèmes excessivement marqués aux membres inférieurs.

Examen obstétrical: col 1 cm. perméable au doigt, tête légèrement amorcée, poche intacte, Douleurs faibles et espacées.

Traitement: à 4 h. 30 injection intraveineuse de 7,5 cc. de Pernocton et saignée de 300 gr.

A 8 heures rupture active des membranes. Comme la femme se réveille à 8 h. 30 on lui injecte dans les veines 2 cc. de Pernocton et pour hâter la dilatation on injecte à 2 reprises 0,5 cc. d'orasthine.

A 12 h. 30 la dilatation est complète et comme la tête est fixée au détroit moyen et que la femme ne pousse pas on retire l'enfant par un forceps et on procède au décollement manuel du placenta.

A 18 heures comme la femme présente quelques contractions cloniques des muscles faciaux on fait une injection intramusculaire de 2 cc. Pernocton.

La femme passe une nuit excellente et le lendemain matin la T. A. est de 160/120, l'alb. de 7 0/00. Cylindres granuleux +.

Le 6.9.32, T. A. 140/90. Alb. (+). Diurèse excellente. Guérison, enfant bien portant.

Observation XI, N° 1.618, 1932:

Primipare de 24 ans, à terme, entre au service le 29.8.32 après avoir fait 4 crises à domicile. T .A.. 160/100. Alb. 5 0/00. Cyl. gran. + +. Peu d'œdèmes.

La femme est en plein travail, dilatation complète, poche des eaux rompue, tête fixée au détroit supérieur.

Traitement: Injection intraveineuse de 4 cc. de Pernocton.

La femme dort pendant 6 heures et à son réveil elle expulse spontanément un fœtus mort-né. Comme de suite après l'accouchement elle est encore assez agitée on lui injecte 2 cc. de Pernocton dans les muscles. Elle ne fait pas de nouvelles crises.

Le surlendemain de l'accouchement T. A. 120/90. Alb. s. p. Guérison.

Observation XII, N 278, 1933:

Primipare de 17 ans, arrive au service le 15.2.33 à 14 h. 30.

La femme est en travail depuis 7 heures du matin et à son entrée elle fait une crise éclamptique typique, T. A. 220/120. Alb. 2 0/00. Cyl. Gran. + +, œdèmes malléolaires.

Examen obstétrical: dilatation complète, poche rompue.

Traitement: A 14 h. 30 injection intraveineuse de 5 cc, de Pernocton.

Comme la femme ne pousse pas bien on applique le forceps au détroit moyen et on procède à une expression manuelle du placenta. L'enfant qui est endormi est ranimé facilement.

A 18 heures la femme se réveille, elle est tout à fait lucide, ne fait plus de nouvelles crises.

Le lendemain, T. A. 150/100. Alb. 3/4 0/00 quelques rares cylindres hyalins et granuleux, Urée 0,25. R. A. 58, bonne diurèse.

La femme quitte le service le 20.2. 33 avec une T. A. de 140/90 des urines normales. Guérison ,enfant bien portant.

Observation XIII, N° 345, 1933 :

Primipare de 26 ans, à terme. Arrive au service le 27.2.33 à 21 h. 30. Elle est en travail depuis midi et a fait sa première crise éclamptique à 20 heures. T. A. 170/100. Alb. 8 0/00. Cylindres granuleux + +. Accouchement normal à 22 h. 15 et de suite après elle fait une seconde crise éclamptique.

Traitement: injection intraveineuse de 5 cc. de Pernocton à 22 h. 30.

Une heure après la femme est réveillée. Injection intramusculaire de 2 cc. de Pernocton.

A 3 heures du matin elle se réveille à nouveau; injection de 3 cc de Pernocton intraveineux.

Elle se réveille le lendemain matin à 8 heures, complètement lucide. Bonne diurère, alb. (+). T. A. 160/80. Urée 0,31. R. A. 55.

Suites bonnes, guérison, enfant vivant

Observation XIV, N° 710, 1933:

Primipare de 21 ans, à terme. Arrive au service le 29.4.33 à 10 h. du matin, après avoir fait 2 crises à domicile. T.A. 160/100. Alb. 10 0/00. Cylindres granuleux ++. Gros œdèmes.

Examen obstétrical: col effacé, dilatation 5 francs, tête amorcée.

Traitement: injection intraveineuse de 5 cc. de Pernocton à 12 h. 30.

A 14 h. 50 elle fait une nouvelle crise éclamptique. Injection intraveineuse de 3 cc. de Pernocton.

A 15 h. 30 elle fait une dernière crise très violente.

Examen obstétrical: col œdémateux, dilatation petite paume, tête au détroit supérieur.

On procède à des incisions du col et on applique le forceps de Tarnier au détroit supérieur.

La femme ne fait plus de nouvelles crises et dort jusqu'à 22 heures.

Le lendemain matin elle est complètement lucide. T. A. 135/95. Alb. 1/4 0/00. Pas de cylindres.

Suites bonnes, guérison, enfant vivant, bien portant.

Observation XV, N° 742, 1933:

Multipare de 27 ans, à terme, arrive au service le 5.6.33, à 10 heures du matin. Elle est en travail depuis 2 heures du matin et a fait 3 crises éclamptiques à domicile. T. A. 160/110. Alb. 6 0/00. Cyl. gran. ++. Urée 0,43. R. A. 54.

Examen obstétrical: col effacé, dilatation grande paume, poche intacte, bonnes douleurs.

Traitement: A 10 h. 30 rupture active des membranes. Injection intraveineuse de 4,5 cc. de Pernocton.

A 11 h. 20 expulsion spontanée d'un enfant bien portant.

La femme somnole jusqu'au lendemain matin. A ce moment T. A. 160/80. Alb. 4 0/00. Cyl. gran. +.

On laisse la femme au régime déchloruré et on lui injecte 2 ampoules de théobryl.

Trois jours après T. A. 120/70. Urines s. p. Guérison.

Observation XVI, N° 858, 1933:

Primipare de 22 ans, grossesse gemellaire, à terme. Arrive au service le 24.5.33 à midi après avoir fait 4 crises à domicile.

A son entrée elle est dans le coma complet. T. A. 170/120. Alb. 10 0/00. Cylindres granuleux + +, œdèmes considérables.

Examen obstétrical: col effacé, dilatation 5 francs, poche rompue, mauvaises contractions.

Traitement: A 12 h. 30 injection intraveineuse de 5 cc. de Pernocton.

A 13 h. 50 réveil. Injection intraveineuse de 3 cc de Pernocton.

A 15 heures: devant l'imminence d'une nouvelle crise on termine l'accouchement par un forceps au détroit inférieur.

Puis rupture active de la seconde poche, version podalique et grande extraction pour le second fœtus.

A 22 h. 30 nouvelle crise éclamptique, 3cc. Pernocton intramusculaire.

Le lendemain à 1 heure du matin elle fait 2 crises coup sur coup. 3 cc. Pernocton intraveineux.

La femme dort jusqu'à 8 heures du matin. A ce moment on lui fait 800 cc d.e sérum glucosé à 5% intraveineux.

A 18 heures: nouvelle crise. 3 cc. Pernocton intraveineux plus 300 cc. sérum glucosé 30% intraveineux.

Le 26.5.34 elle fait 4 crises en l'espace d'une heure. 3 cc. Pernocton intraveineux.

Dans le courant de la journée la femme fait encore 10 crises et meurt à 20 h. 30. Enfants bien portants.

Observation XVII, N° 1.516, 1933:

Multipare de 30 ans, grossesse gemellaire, accouchement et délivrance normaux dehors.

De suite après la naissance du premier enfant elle a fait sa première crise éclamptique.

Premier enfant bien portant, le second également.

A fait encore deux crises à domicile et nous est amenée le 10.9.33 à 10 heures, en plein coma. T. A. 180/90. Alb. 12 0/00. Cyl. gran. +, œdèmes excessivement marqués.

Traitement: Injection intraveineuse de 4,5 cc. de Pernocton.

A 14 heures, réveil. Injection intramusculaire 2,5 cc. Pernocton.

Le lendemain la femme se réveille complètement lucide, T. A. 150/90. Alb. 4 0/00. Cyl. gran. +.

Le 12.9.33 T. A. 120/80. Alb. (+) pas de cylindres, bonne diurèse. Guérison.

Observation XVIII, N° 34E, 1933:

Multipare de 26 ans, grossesse au 8e mois. Arrive le 15.5.33 à 12 h. 30 après avoir fait 5 crises à domicile. T.A. 150/90. Alb. 7 0/00. Cyl. gran. et hyalins + +. Forts œdèmes.

Examen obstétrical: col 2 cm. perméable à un doigt, tête mobile, poche intacte.

Traitement: injection intraveineuse 5 cc. Pernocton.

La femme dort jusqu'au lendemain à 5 heures. T. A. 140/80. Ab. 6 0/00. Cyl. gran. + +.

Le 17.5.33 excellent état général, diurèse 1.200 gr. T. A. 160/110. Alb. (+). Pas de cylindres.

La femme quitte le service le 20.5.33 guérie.

Observation XIX, N° 55, 1934:

Primipare de 27 ans, à terme, arrive au service le 8.1.34 à 23 heures.

Examen obstétrical: col perméable au doigt, poche intacte, tête mobile. T. A. 180/100. Alb. 2 0/00. Cyl. gran. + +.

Elle fait sa première crise le lendemain à 1 heure du matin. Injection intrav. 5 cc. Pernocton.

La femme dort jusqu'à 8 heures du matin et accouche normalement à 11 heures.

Le lendemain T. A. 120/80. Alb. (+). Pas de cylindres. Bonne diurèse. Guérison. Enfant bien portant.

OLbservation XX, N° 306, 1934:

Primipare de 29 ans, à terme, arrive au service le 9.2.34 après avoir fait 4 crises à domicile. La femme est en plein coma en anurie et présente de très forts œdèmes des membres inférieurs. T. A. 160/90. Alb. 8 0/00. Cyl. hyalins et gran. + +, Urée 0,33.

Examen obstétrical: col 2 cm. fermé, poche intacte, tête mobile.

Traitement: Injection intrav. de 6cc. de Pernocton.

La femme se réveille après 4 heures. On lui injecte à ce moment et 3 heures après 2 cc. Pernocton dans les muscles.

La femme sort de son coma vers 7 heures du soir; ne fait plus de nouvelles crises.

Le 19.2.34 elle expulse spontanément un fœtus mort-né, macéré.

Deux jours après excellent état général. T. A. 120/70. Urines s. p.

Quitte le service le 25.2. Guérie.

CONCLUSIONS

De l'ensemble de cette étude, étayée par 50 cas cliniques, nous pourrons conclure en ces termes :

1) Dans tous les cas de syndrôme pré-éclamptique un régime diététique sévère suffit à écarter l'éclosion des accès convulsifs.

2) Dans les cas d'éclampsie convulsive du post-partum le traitement médical entre seul en ligne de compte.

3) Dans les cas d'éclampsie convulsive ante-partum le traitement conservateur (méthode de Stroganoff-Zweifel ou mieux traitement au Pernocton) suffit dans la grande majorité des cas à juguler la maladie si l'on a soin de hâter l'accouchement par les manœuvres obstétricales habituelles. Ce ne sera que dans les exceptionnellement graves — et quand le traitement médical aura échoué — que le traitement chirurgical devra être mis en œuvre.

Vu : Le Doyen.
André FORSTER.

Vu : Le Président de thèse
D. REEB.

Vu et permis d'imprimer
Strasbourg, le 20 juin 1934.
Le Recteur, Président du Conseil
de l'Université.
J. DRESCH.

BIBLIOGRAPHIE

G. BAUMGART. — La prophylaxie de l'éclampsie. Zentralblatt für Gyn. Décembre 1931.

BERNARDI. — Sulla terapia calcuca dell'eclampsia puerpérale. Arch di Ostet e Ginec 16. 1165. Nov. 1929.

BIDOIRE. — De l'opération césarienne dans l'éclampsie. La Gynécologie. Juillet 1933.

A. BLOTTIERE. — Traitement de l'éclampsie par le somnifène. Thèse Bordeaux 1929.

BOHLER. — Application du Pernocton au traitement de l'éclampsie. Bulletin Sté. Gyn. et obst. Paris 1932.

CAPPELLANI. — Sulla calcioterapia dell-eclampsia. Arch di Ostet e Ginec 18. 138. Mars 1923.

SAM. CLASON. — Résultats du traitement de l'éclampsie à la Maternité de Stockholm de 1920 à 27. Acta obst et Gyn. Scandinavica 1928.

RUIZ COUTERA. — Traitement prophylactique de l'éclampsie. Congrès de l'Assoc. des gyn. et obst. de langue française. Bordeaux, Oct. 1931.

FAUVET. — L'éclampsie syndrôme post-hypophysaire. Archiv für Gynäk. Berlin 1933.

H. FROHMANN. — Uber die Behandlung der Eklampsie mit Pernocton. Deutsche Med. Wochenschrift. 1932.

H. GŒCKE. — Uber die Anwendung von Pernocton bei Eklampsie. Mschr. Geburtsch. 1931.

KELLER et BOHLER. — Expériences cliniques sur l'anesthésie obstétricale au Pernocton. 150 cas. Gyn. et obst. 1932.

FRITZ KERMANNER. — Behandlung der Schwangerschaftstoxikosen. Wiener klin. Wochenschrift 1930.

RUDOLF KOBES. — ZurTherapie der post-partum Eklampsie. Deutsche Medizin. Wochenschrift. Okt 1929.

KON SYNCHA. — La césarienne abdominale dans l'éclampsie. Thèse Paris 1932.

KREIS. — L'accouchement médical. Revue française Gyn. et obst. Oct. 1929.

H. KUSTNER. — Le traitement par la thyroxine de l'éclampsie et des troubles pré-éclamptiques. Klin Woch. Juin 1932.

LAFFONT MALMEJAC et SIRJEAN. — Les effets d'une thérapeutique calcique dans l'éclampsie. Bull. de la Sté de Gyn. et obst. Paris 1930.

J. LARRIBERE. — Traitement de l'éclampsie par le somnifère. Thèse Alger 1928.

LEVY-SOLAL. — Syndrômes éclamptiques in Pratique médico-chirurgicale.

LLAMES-MASSINI. — Traitement chirurgical précoce de l'éclampsie. Gyn. et obs. 1927. T. I.

LLAMES-MASSINI. — La suppression de l'accouchement dans l'éclampsie de la fin de la grossesse. Gyn et obst. 1930.

R. E. LOPEZ. — L'extrait parathyroïdien dans l'éclampsie Surgery Gynecology and obstetrics. Chicago. Nov. 1929.

MEYER. — L'accouchement sans douleur au Pernocton. Thèse Strasbourg 1932.

MIRANDA. — La térapia della éclampsia. Arch di ostet e Ginec 18.107, Mars 1931.

P. NATALE. — Le sulfate de magnésie dans le traitement de l'éclampsie puerpérale. Annales de gyn. et obst. de Milan. Janvier 1930.

L. OKINTSCHITZ. — Zur Behandlung und Prophylaxie der Eklampsie. Zentralblatt für Gynäkologie 1933 N° 26.

PICCOLI. — La terapia calcica in alcuni casi di eclampsia. Arch di ostet e ginec 18. 155. Mars 1931.

REEB et ISRAEL. — L'accouchement après régime déchloruré.

RIBEMONT, DESSAIGNES et LEPAGE. — Traité d'obstétrique.

G. SCHEY. — Eklampsiebehandlung mit Thymophysin. Zentralblatt für Gyn. 1931.

HANS SCHWANNEN. — Unsere Erfahrungen mit Pernocton in Geburtshilfe und Gynäkologie. Zbl. Gynäk. 1932.

SPIRITO. — Ulteriore contributo alla terapia degli stati éclamptici. Arch di ostet e ginec 18, 146. Mars 1931.

STROGANOFF. — Les résultats du traitement de l'éclampsie avec consultation par téléphone. Gyn et obst. 1930.

G. B. UPSHAW. — Le traitement conservateur de l'éclampsie. The Journal of the American medical Association 1932.

HENRI VIGNES. — Qu'est-ce que l'éclampsie? Concours médical 9.11.32.

E. VOGT. — Uber die Behandlung der Eklampsie mit Pernocton. Münchner Medizin. Wochenschrift. 1932.

WINTER. — Die Indikationen zum Abdominallen Kaiserschnitt. 1931.

WODON. — Le sulfate de magnésie dans le traitement de l'éclampsie. Revue française gyn. et obst. Janvier-Février 1927.

A. WOLFF. — Traitement de l'éclampsie puerpérale. Thèse Paris 1927.

TABLE DES MATIERES

Ier CHAPITRE

TRAITEMENT DE L'ECLAMPSIE AVEREE..... 12
A) **Traitement médical** 12
I) Soins élémentaires..... 12
II) Médications antitoxiques 13
Saignée..... 13
Ponction lombaire 14
Evacuation gastro-intestinale 14
Activation de la diurèse 14
III) Médications calmantes 15
Chloroforme 15
Sulfate de magnésium 16
Chloral-morphine (Stroganoff-Zweifel) 16
Somnifène 18
Pernocton..... 19
IV) Médications diverses 21
a) Hypotenseurs 21
b) Anti-asphyxiants 22
c) Anti-spasmodiques 22
d) Diaphorétiques 22
e) Médicaments opothérapiques 22
Extraits thyroïdiens 23
Extraits parathyroïdiens (Calcium et rayons ultra-violets 24
B) **Traitement obstétrical** 25
I) **A dilatation incomplète** 25
1) Rupture active des membranes 25
2) Médication ocytocyque: Orasthine, Thymophysine 25
3) Métreuryse 26
4) Dilatation du col: Bonnaire, Bossi, Delmas..... 26
5) Incisions du col..... 27

II) **A dilatation complète** 28
1) Forceps 28
2) Version 28
3) Médication ocytocyque 28
C) **Traitement chirurgical** 29
I) Césarienne vaginale de Dührssen 29
II) Césarienne abdominale basse 30

II[e] CHAPITRE

TRAITEMENT DU SYNDROME PRE-ECLAMPTIQUE 32

III[e] CHAPITRE

HISTOIRES CLINIQUES ET COMMENTAIRES 35
Observations 39
CONCLUSIONS 67